

Meldunek 7/A/00

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.07 do 15.07.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 7/A		Dane skumulowane	
	1.07.00. do 15.07.00.	1.07.99. do 15.07.99.	1.01.00. do 15.07.00.	1.01.99. do 15.07.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	4	35	65
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	7	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	1428	1765	10698	10285
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	3	2	46	88
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	221	174	3039	2032
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	129	51	2795	978
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	660	500	12158	7909
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	464	351	8456	5786
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	1	6	10
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	130	14	924	307
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	326	402	6267	6846
Zapalenie opon mózgowych: razem	88	78	852	1054
w tym: meningokokowe (A39.0)	5	5	62	72
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	5	2	48	36
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	27	22	374	417
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	38	45	286	434
inne i nie określone (G03)	13	4	82	95
Zapalenie mózgu: razem	22	16	231	227
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	4	4	63	56
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	6	5	19	18
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	2	18	15
wirusowe, nie określone (A86)	5	3	87	101
poszczepienne (G04.0)	1	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	5	2	43	37
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5392	4666	93221	70090
Odra (B05)	3	5	56	67
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2520	2149	38272	26055
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	3	35	126	567
typu B (B16; B18.0-B18.1)	101	143	1539	1819
typu C (B17.1; B18.2)	95	86	1121	953
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	3	74	73
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	20	7	191	194
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	988	4517	13168	76061
Włośnica (B75)	-	-	7	25
Świerzb (B86)	385	348	8204	7989
Grypa: ogółem (J10; J11)	178	-	1528905	2341900
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1696	1908	12517	11608
w tym: salmonelozy (A02.0)	1420	1764	10664	10261
gronkowcowe (A05.0)	1	1	97	76
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	5	6	34	49
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	9	2	85	36
nie określone (A05.9)	261	135	1636	1186
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	10	12	14
w tym: grzybami (T62.0)	1	10	12	13
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	252	308	4436	3836
w tym: pestycydami (T60)	13	14	62	64
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	151	173	2516	2223
alkoholem (T51)	49	69	960	730
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	1	25	30

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.07.2000 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozy: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (A39.0)	Ogółem (A39.8; A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	-	-	-	1428	3	660	-	130	326	88	5	22	6
Dolnośląskie	-	-	-	128	-	34	-	3	33	4	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	111	-	61	-	3	21	2	-	4	-
Lubelskie	-	-	-	136	2	52	-	1	14	4	1	1	-
Lubuskie	-	-	-	58	-	21	-	-	8	3	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	130	-	25	-	51	18	7	2	1	-
Małopolskie	-	-	-	123	-	32	-	1	35	5	1	-	-
Mazowieckie	-	-	-	173	1	57	-	20	31	2	-	3	-
Opolskie	-	-	-	21	-	8	-	4	15	4	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	86	-	58	-	7	2	8	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	57	-	12	-	5	7	4	1	1	1
Pomorskie	-	-	-	90	-	66	-	1	11	15	-	-	-
Śląskie	-	-	-	102	-	65	-	22	63	7	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	22	-	21	-	3	7	4	-	1	1
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	69	-	26	-	7	10	3	-	4	4
Wielkopolskie	-	-	-	81	-	96	-	2	32	9	-	4	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	41	-	26	-	-	19	7	-	-	-

Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby			Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	5392	3	2520	3	104	98	988	-	385	178	1696	1	252
Dolnośląskie	386	1	175	-	11	6	35	-	15	-	131	-	4
Kujawsko-Pomorskie	412	-	213	-	11	11	112	-	34	-	128	-	21
Lubelskie	236	-	102	1	4	7	47	-	19	-	158	-	45
Lubuskie	119	-	8	-	4	5	16	-	12	-	60	-	22
Łódzkie	245	-	123	1	13	10	44	-	50	-	136	-	11
Małopolskie	315	-	320	-	8	7	135	-	29	27	130	1	6
Mazowieckie	506	-	113	-	7	7	41	-	31	61	179	-	13
Opolskie	166	-	51	-	-	-	69	-	4	54	21	-	1
Podkarpackie	200	-	40	-	2	2	15	-	20	-	88	-	17
Podlaskie	152	-	56	-	6	3	10	-	5	-	59	-	19
Pomorskie	328	-	65	-	4	4	69	-	25	36	155	-	22
Śląskie	1020	1	981	-	21	7	72	-	50	-	154	-	13
Świętokrzyskie	330	-	70	-	5	16	90	-	35	-	29	-	24
Warmińsko-Mazurskie	205	-	33	-	3	3	4	-	17	-	98	-	14
Wielkopolskie	597	1	106	1	3	5	213	-	25	-	96	-	14
Zachodniopomorskie	175	-	64	-	2	5	16	-	14	-	74	-	6

Szczepienia BCG i testy tuberkulinowe w Polsce w 1999 roku

Podobnie jak w latach poprzednich ocenę wykonawstwa szczepień BCG i testów tuberkulinowych przeprowadzono w oparciu o informacje zawarte w biuletynie "Szczepienia ochronne w Polsce w 1999 roku". W celu zachowania porównywalności z ocenami z lat poprzednich utrzymano także identyczny schemat i metodę oceny.

Szczepienia BCG

"Kalendarz szczepień" BCG wykonywanych w 1999 r. był taki sam jak w roku poprzednim. Wykonano w Polsce 1.260.969 szczepień BCG. W rocznikach objętych kalendarzem, tj. noworodków, niemowląt w 12 miesiącu życia, dzieci w 7, 12 i 18 roku życia - wykonano 1.136.276 szczepień. W pozostałej grupie 124.693 szczepionych było 104.176 dzieci i młodzieży do 18 roku życia, którzy nie zostali zaszczepieni zgodnie z obowiązującym "Kalendarzem szczepień". Łącznie w ramach obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży do 18 roku życia wykonano 1.240.452 szczepienia BCG. Wykonano ponadto 16.937 szczepień BCG osób w wieku 18-30 lat, u których z różnych wskazań wykonano test tuberkulinowy i jego wynik był ujemny. Ponadto zaszczepiono 3.580 osób pozostających w styczności z chorymi na gruźlicę - były to głównie dzieci i młodociani.

Tabela 1. Stopień objęcia szczepieniami BCG oraz ich wykonawstwo wśród noworodków w Polsce w 1999 r.

Województwo	% szczepionych noworodków	% niemowląt bez blizny poszczepiennej lub z blizną < 3mm
Polska	95,8	2,6
1. Dolnośląskie	94,4	3,2
2. Kujawsko-Pomorskie	96,7	2,9
3. Lubelskie	94,8	3,0
4. Lubuskie	95,0	3,3
5. Łódzkie	94,1	2,3
6. Małopolskie	95,3	2,9
7. Mazowieckie	97,5	2,8
8. Opolskie	96,3	2,4
9. Podkarpackie	96,2	1,7
10. Podlaskie	96,6	2,8
11. Pomorskie	96,7	1,5
12. Śląskie	96,1	2,2
13. Świętokrzyskie	93,6	2,6
14. Warmińsko-Mazurskie	93,4	1,2
15. Wielkopolskie	96,2	3,3
16. Zachodniopomorskie	96,0	2,7

W analizowanym roku zaszczepiono 365.835 noworodków, co stanowiło 95,8% ogólnej liczby urodzeń żywych zarejestrowanych w 1999 r. (dane GUS). Odsetek noworodków objętych szczepieniami utrzymuje się na poziomie roku poprzedniego, kiedy to wynosił 96,0%. W żadnym województwie odsetek zaszczepionych noworodków nie był niższy niż 90,0% (tab.1).

Wykonawstwo szczepień BCG

Wykonawstwo szczepień BCG u noworodków podobnie jak w ubiegłych latach oceniano na podstawie obecności i wielkości (średnicy) blizny poszczepiennej mierzonej u niemowlęcia w 12 miesiącu życia. Utrzymuje się dobre wyko-

nawstwo szczepień BCG u noworodków. Odsetek źle zaszczepionych niemowląt, tj. z brakiem blizny poszczepiennej lub z blizną o średnicy mniejszej niż 3 mm, wynosił 2,6% i było to mniej niż w roku poprzednim kiedy taki odsetek wynosił 3,2%.

Najwyższe odsetki źle zaszczepionych noworodków zarejestrowano w woj.woj.: lubuskim - 3,3%, wielkopolskim - 3,3%, dolnośląskim - 3,2%. Najniższe odsetki źle zaszczepionych noworodków zarejestrowano w woj.woj.: warmińsko-mazurskim - 1,2%, pomorskim - 1,5% i podkarpackim - 1,7%.

Objęcie dzieci i młodzieży testami tuberkulinowymi

Testy tuberkulinowe wykonywane są w Polsce głównie w celu kwalifikacji do szczepień BCG dzieci i młodocianych w 12 i 18 roku życia. W ocenianym roku w tych grupach wiekowych wykonano 979.255 testów tuberkulinowych. Ponadto wykonano - również w celu kwalifikacji do szczepień - 63.751 testów u młodocianych w wieku 13-17 lat. Łącznie wykonano 1.043.006 testów tuberkulinowych w celu kwalifikacji do szczepień BCG. Stanowiło to 91,2% ogólnej liczby 1.143.502 testów tuberkulinowych wykonanych w Polsce w 1999 r. U 39,2% dzieci w 12 r.ż. i u 23,0% młodocianych w 18 r.ż. wynik testu był ujemny i prawie wszyscy oni zostali zaszczepieni. Odsetek tuberkulinoujemnych nie odbiegał od poziomu w latach ubiegłych.

Ponadto wykonano 67.490 testów tuberkulinowych wśród osób w wieku powyżej 18 r.ż., np. zgłaszających się na studia wyższe, policealne studia zawodowe lub do pracy w zakładach przeciwegruźliczych.

Ze wskazań epidemicznych, tj. u osób pozostających w styczności z chorym na gruźlicę wykonano 33.006 testów tuberkulinowych - 19.067 u dzieci i młodzieży do 18 r.ż. i 13.939 testów u osób powyżej 18 r.ż. Odsetek osób tuberkulinododatnich w tych grupach - odpowiednio 77,4% i 77,8% był zbliżony do odsetka tuberkulinododatnich w 18 r.ż., którzy nie pozostawali w styczności z chorym, u których stanowił 77,0% ogółu badanych.

Bezpieczeństwo szczepień BCG

W roku 1999 zgłoszono do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc 175 niepożądanych odczynów po szczepieniu BCG. Było to o 25% mniej niż w latach poprzednich. Tak znaczny spadek jest wynikiem nie zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). Nie otrzymano zgłoszeń z województw: lubuskiego, opolskiego i pomorskiego, pojedyncze zgłoszenia napłynęły z woj.woj.: podkarpackiego, zachodniopomorskiego i świętokrzyskiego. Częstość występowania NOP wyliczona na podstawie zgłoszeń wynosiła 0,2‰ szczepionych i była zbliżona do poziomu z lat poprzednich.

Wnioski

1. Szczepienia BCG w Polsce pozostają ważnym, choć uzupełniającym elementem programu zwalczania gruźlicy w Polsce. Wskazana jest zmiana programu szczepień BCG adekwatnie do zmieniającej się wiedzy o tych szczepieniach i sytuacji epidemiologicznej.
2. Należy utrzymać pełne i ciągle zaopatrzenie w szczepionkę BCG, tuberkulinę oraz strzykawkę i igły do szczepień.
3. W zmieniającym się systemie organizacji ochrony zdrowia należy zapewnić wykonawstwo testów tuberkulinowych i szczepień BCG na co najmniej dotychczasowym poziomie. Wymagać to będzie ciągłego szkolenia lekarzy,

pielęgniarek i położonych w tym zakresie.

* PZH GIS, Warszawa 2000.

dr Ireneusz Szczuka
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

Dotychczasowe osiągnięcia i plan dalszego działania dla eradykacji poliomyelitis w Krajach Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (II)

II. Kontynuacja dotychczasowych poczynań przeciw-epidemicznych w celu eradykacji poliomyelitis w latach 2001-2003

1. Kontynuacja poczynań w krajach Regionu Europejskiego

Konieczne jest kontynuowanie i doskonalenie działań w kierunku surveillance'u *poliomyelitis* zgodnie z zaleceniami sformułowanymi przez członków Regionalnej Komisji Certyfikacji Eradykacji Polio, którzy wizytowali poszczególne kraje.

W obecnej sytuacji epidemiologicznej *poliomyelitis* na świecie, szybkich środków lokomocji ryzyko zawleczenia dzikiego wirusa *polio* z takich krajów jak Indie, Afganistan, Irak - a w zasadzie z każdego kraju świata gdzie istnieje endemiczna transmisja zakażeń - do krajów europejskich pozostaje wysokie. Ponadto po zawleczeniu w wielu krajach europejskich istnieją warunki do szerzenia się zakażeń, gdyż istnieją grupy ludności ze względnie niskim poziomem uodpornienia.

Plan działania na najbliższe lata w krajach Regionu Europejskiego obejmuje w szczególności kontynuowanie dotychczasowego działania.

Włączono do niego:

- Utrzymywanie wykonawstwa szczepień na wysokim poziomie, wyższym od 95%, tak dla krajów jak i poszczególnych jednostek administracyjnych i innych grup ludności. Konieczne będzie organizowanie na terenach zagrożonych niskim wykonawstwem szczepień, akcji szczepień w ramach NIDS, lub operacji "mopping up". W niektórych krajach takie akcje przeprowadzono w 1999 roku. W miarę potrzeb będą one podejmowane w latach następnych.
- W części materiałów dostarczonych przez Światową Organizację Zdrowia mówi się o wycofywaniu się w przyszłości ze szczepień szczepionką OPV i podjęcia prac dla udowodnienia eliminacji żywych wirusów szczepionkowych. Wypływa stąd wniosek o konieczności stopniowego wprowadzania szczepień szczepionką IPV jeżeli szczepienia będą jeszcze przeprowadzane w związku z niepełną eradykacją zachorowań na *polio* w świecie. Ten problem w materiałach Światowej Organizacji Zdrowia nie został ani dokładnie ani w definitywnej formie podany.
- Poprawę surveillance'u ostrych porażań wiotkich (AFP) w zakresie liczby zachorowań podlegających rejestracji, w szczególności z terenów na których nie rozpoznawano i nie analizowano takich zachorowań w przeszłości (silent territories). Szczególnie ważne jest to dla terenów, gdzie w niedalekiej przeszłości zachorowania na *polio* szerzyły się endemicznie. Konieczne jest przeprowadzenie badań wirusologicznych dwu prób kału od takich chorych i jednej próby od osób z otoczenia chorego, w akredytowanych przez WHO laboratoriach.

W niektórych krajach, gdzie zachorowania na *polio* nie

szerzyły się ostatnio endemicznie, próbuje się włączać surveillance enterowirusów jako główne narzędzie certyfikacji eradykacji *polio* bez uzyskiwania informacji o nieobecności dzikich wirusów *polio*.

Należy w szczególności pamiętać, że wyniki ujemne badań wirusologicznych w ramach surveillance'u w zakresie krążenia wirusów *polio* pozwolą na określenie z wysokim prawdopodobieństwem, że transmisja wirusa uległa przerwaniu.

2. Kontynuacja dotychczasowych poczynań w Polsce

Polska podobnie jak Szwecja i Malta otrzymała 3 zalecenia Regionalnej Komisji Certyfikacji Eradykacji Polio dotyczące szczepień przeciw *poliomyelitis* i surveillance'u ostrych porażań wiotkich (AFP), ich zgłaszania i przeprowadzania badań wirusologicznych.

W najbliższych latach istnieje konieczność kontynuowania szczepień przeciw *polio*, obejmując nimi zarówno w całym kraju jak i w poszczególnych jednostkach administracyjnych powyżej 95% dzieci. Szczególną uwagę pod tym względem zwrócić należy na województwo Małopolskie, w szczególności na teren dawnego województwa krakowskiego i nowosądeckiego, gdzie w ubiegłych latach odsetki zaszczepionych były szczególnie niskie.

W Polsce zastąpienie pierwszej dawki szczepionki OPV w kalendarzu szczepień szczepionką IPV przewidziane było od 2000 roku. Wprowadzenie drugiej dawki IPV w miejsce OPV przewidziane jest po wdrożeniu do szczepień pierwszej dawki.

W aktualnej sytuacji istnieje konieczność uzyskania poprawy w zakresie wszystkich parametrów surveillance'u ostrych porażań wiotkich (AFP), w szczególności w zakresie zgłaszania zachorowań do stacji sanitarno-epidemiologicznych. Dla dokonania tego, konieczne jest w większym niż do tej pory stopniu włączenie się środowiska pediatrów i neurologów.

Europejska Komisja Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis wystosowała w tej sprawie apel do lekarzy pediatrów w Europejskim Regionie Światowej Organizacji Zdrowia, który w tłumaczeniu na język polski zamieszczony będzie poniżej.

Apel ten, aczkolwiek zaadresowany do lekarzy pediatrów, może być również apelem do lekarzy neurologów, internistów, lekarzy pierwszego kontaktu i innych specjalności naprawczych, którzy mogą podejmować i przeprowadzać leczenie chorych z ostrym porażeniem wiotkim.

3. Apel Europejskiej Komisji Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis do lekarzy pediatrów w Europejskim Regionie Światowej Organizacji Zdrowia

Drodzy Koledzy,

Europejska Regionalna Komisja dla Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis została powołana do wydania w stosownym terminie oświadczenia o eradykacji krążenia dzikiego wirusa *polio* w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia i dostarczenia Światowej Komisji odpowiednich dokumentów niezbędnych dla orzeczenia o certyfikacji.

W sytuacji przybliżania się do globalnej eradykacji *poliomyelitis*, każdy kraj musi udowodnić, że krążenie wirusa zostało wyeradykowane z terenu objętego jego granicami. Poszczególne kraje muszą zorganizować system wykrywania każdego zakażenia wirusem *polio*, w tym także zakażeń zawleczonych z innych krajów łącznie z planem i pro-

gramem eliminacji takich zdarzeń.

Dobrze i sprawnie działający system zorganizowany w wielu krajach, pozwoli na szybkie wykrycie zakażeń w przypadku ich wystąpienia na terenie, gdzie doszło do eradykacji zachorowań. Ten system powinien symulować występowanie przypadków *polio*. Rolę tę odgrywać może surveillance ostrych porażań wiotkich (Acute Flaccid Paralysis - AFP).

System taki działa w sposób następujący: chory dostaje się pod specjalny nadzór lekarza leczącego z uwzględnieniem ostrego porażenia wiotkiego jako istotnego objawu klinicznego. Dla surveillance'u ostrego porażenia wiotkiego nie jest istotne kliniczne rozpoznanie chorego, u którego wystąpi ten objaw. Zadaniem lekarza leczącego jest zgłoszenie takiego przypadku, pobranie dwu prób kału, a co najmniej jednej próby w okresie 14 dni od zachorowania w odstępie co najmniej 24 godzin i przesłanie ich do odpowiedniego laboratorium celem ewentualnego wyhodowania i identyfikacji wirusa *polio*.

Ostre porażenie wiotkie nie jest oczywiście rozpoznaniem ale jest objawem stwierdzanym w różnych klinicznych sytuacjach. W Europie ostre porażenie wiotkie najczęściej występuje w przebiegu zespołu Guillain Barre. Zespół ten może być mylnie diagnozowany w przypadku zakażeń *polio*. Program surveillance'u wymaga zgłaszania i analizy zachorowań przebiegających z ostrym porażeniem wiotkim dzieci i młodzieży do lat 15. Szacuje się, że rocznie zapadalność na choroby z tym objawem wynosi 1 na 100.000 osób poniżej 15 lat. Surveillance tych zachorowań stanowi czuły i ekonomicznie tani sposób wykrycia wirusa *polio*.

Surveillance ostrych porażań wiotkich nie stanowi uzupełnienia, ani czynnika sprawdzającego kliniczne rozpoznanie. Stanowi jednak ważne narzędzie stosowane w działalności mającej na celu eradykację *poliomyelitis*, będąc czujnym systemem wykrywania dzikiego wirusa *polio*, tam gdzie przez wiele lat nie stwierdzano *poliomyelitis*. Stanowi zarówno o wyczuleniu klinicznym jak również o skuteczności badań laboratoryjnych przeprowadzanych w sytuacjach, które mogą stanowić zwiększone prawdopodobieństwo zakażenia. Pozwala to na ewentualne wcześniejsze wdrożenie czynności przeciwepidemicznych jeżeli zajdzie taka potrzeba.

Podjęcie surveillance'u AFP spotyka się niejednokrotnie z utrudnieniami pracy lekarza leczącego i nie ułatwia na ogół sprecyzowania ostatecznego rozpoznania. Celem tego jest zwiększenie pewności w zakresie eradykacji *polio*. Stanowi to tani system sprawnego wykrywania *polio* i może być wdrożony przez służbę zdrowia każdego kraju. Zależy on od dobrego współdziałania między klinicystami, epidemiologami i wirusologami.

Jako członkowie Komisji Certyfikacji Eradykacji *Poliomyelitis* Europejskiego Regionu WHO mamy nadzieję, że wezwanie nasze będzie podjęte ze zrozumieniem i współdziałanie w tym ważnym problemie w celu osiągnięcia wspólnego celu jakim jest eradykacja *poliomyelitis* będzie podjęte.

W maju 2000 roku apel podpisali: Sir Joseph Smith - przewodniczący Komisji i członkowie Komisji - prof. Margareta Böttiger ze Szwecji, prof. Istvaan Dömök z Węgier, prof. Sergei G. Drozdow z Rosji, dr Walter Dowdle z USA, dr George F. Drejer z Holandii, dr Donato Greco z Włoch.

Informacja opracowana głównie na podstawie materiałów konferencji zorganizowanej przez Europejskie Biuro Regionalne WHO w Wiedniu w dniach 20-21.06.2000 r.

Wiesław Magdzik

Postępy w eliminacji tężca noworodków w świecie w latach 1990-1998

Według WHO tężec noworodków jest drugą w kolejności wiodącą przyczyną umieralności, której można zapobiegać przez szczepienia ochronne. W 1989 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia i w 1990 roku the World Summit for Children przyjęły za cel eliminację tych zachorowań. W 1993 roku sprecyzowano, że celem jest obniżenie wskaźnika zachorowań do < 1 przypadku na 1.000 żywych urodzeń. Cel miał być osiągnięty do 2000 roku we wszystkich krajach w każdym dystrykcie.

Pierwotna strategia programu zakładała podawanie ciężarnym przynajmniej dwóch dawek toksoidu tężcowego i zapewnienie "czystej" obsługi przy porodzie. W latach dziewięćdziesiątych zaczęto wprowadzać dodatkowe szczepienia na terenach zwiększonego ryzyka dla wszystkich kobiet w wieku rozrodczym. Ostatnio rekomenduje się wdrażanie szczepień przypominających Td na terenach, gdzie wiele dziewcząt uczęszcza do szkół podstawowych.

W latach dziewięćdziesiątych wykonawstwo szczepień u ciężarnych, obejmujące dwie dawki lub więcej toksoidu tężcowego (TT2+), było raczej ustabilizowane i wzrosło nieznacznie z 57% w 1990 roku do 64% w 1997 roku. Najwyższe średnie wykonawstwo było w Regionie pld.wsch. Azji (średnio 80%, w granicach od 19% do 94%), a najniższe w Regionie Afrykańskim (średnio 46%, w granicach od 10% do 100%).

W 1997 roku 77 krajów rozwijających się (na 166) nadało meldunki do centrali WHO o liczbie zachorowań. Ogółem zgłoszono 15.716 zachorowań, to jest mniej niż w 1988 roku (31.849) i więcej niż w 1995 roku (9.948). Do 1997 roku 25% wszystkich zgłoszonych zachorowań dotyczyło Chin, a 60% łącznie Chin, Indii i Pakistanu.

Równocześnie Światowa Organizacja Zdrowia jest świadoma, że w większości rozwijających się krajów tylko znikoma część zachorowań na tężec noworodków jest zgłaszana w oficjalnym systemie sprawozdawczości z zachorowań na choroby zakaźne. Często niedobory zgłaszalności są największe w krajach o największym ryzyku zachorowań. W związku z tym centrala WHO opracowała metodę szacunkowej oceny rocznej zapadalności i umieralności w oparciu o liczbę żywych urodzeń, przypuszczalną liczbę niemowląt zabezpieczonych przy urodzeniu przez szczepienie oraz umieralność z okresu przed wprowadzeniem programu. W ostatnim czasie wprowadzono do tej metody dodatkowe elementy, a mianowicie liczbę niemowląt zabezpieczonych dodatkowymi szczepieniami oraz poprawę warunków porodu.

Z dokonanych szacunków wynika, że liczba zachorowań na tężec noworodków zmalała z 510.000 w 1990 roku do 355.000 w 1997 roku. Oficjalną zgłaszalność w 1997 roku oszacowano na bardzo niskim poziomie rzędu 3%. Natomiast liczba zgonów zmniejszyła się z 408.000 w 1990 roku do 248.000 w 1997 roku, to jest o 39%. Wśród dwudziestu krajów, gdzie miało miejsce 90% zgonów oraz dwunastu krajów z wysokimi wskaźnikami umieralności $\geq 5,0/1.000$ urodzeń największy spadek mógł mieć miejsce w Brazylii (100%), Wietnamie (93%), Egipcie (86%), Chinach (81%) oraz Indonezji (70%). Wzrost liczby zgonów sygnalizowany był w Kongo, Mali i Senegal.

W 1997 roku największa liczba zgonów miała miejsce w Indiach (55.200), Pakistanie (26.400) oraz Nigerii (21.700), a najwyższa umieralność w Somalii (15,0/1.000

urodzeń), Czadzie (9,2/1.000) oraz Senegal (7,3/1.000).

W Regionie Europejskim najczęściej zachorowań na tężec noworodków zgłaszano z Turcji, w tym w 1990 roku 67 zachorowań i w 1997 roku 33 zachorowania. W ostatnich latach pojedyncze przypadki zgłaszano z Albanii, Azerbejdżanu, Chorwacji, Federacyjnej Republiki Jugosławii, Portugalii i Rumunii.

Według centrali WHO w Genewie dzięki programowi udało się w latach 1990-1997 uniknąć 1,6 mln zachorowań na tężec noworodków, co jest uważane za istotne osiągnięcie. W Regionie Amerykańskim wszystkie kraje oprócz Kolumbii i Haiti ogłosiły wyeliminowanie choroby. Natomiast zaniepokojenie budzą ograniczone postępy w Regionie Afrykańskim, gdzie w 1997 roku miało mieć miejsce 95.000 zgonów. W płd.wsch. Azji liczba zgonów miała wynieść 86.000, w tym 55.000 w Indiach (64%). Dodatkowe szczepienia doprowadziły do prawie całkowitej eliminacji choroby w Regionie Amerykańskim i znacznego jej ograniczenia w szeregu dużych krajów, takich jak Chiny, Indonezja, Wietnam i Egipt. Program wymaga dalszego rozszerzenia, a około 110 mln dziewcząt i kobiet wymaga objęcia szczepieniami. Za największe przeszkody uważa się brak środków i zaangażowania. Na 27 krajów o znaczeniu priorytetowym dla programu, tylko w 13 krajach opracowano krajowe programy, a w trzech ustalono źródła finansowania planowanych działań.

W ramach działań nadzorczych wprowadza się aktywny monitoring zachorowań na terenie większych szpitali we wszystkich 58 krajach, które nie wyeliminowały lub nie udokumentowały zachorowań na tężec noworodków. Ponadto pracuje się nad udoskonaleniem metod oceny uodpornienia przeciw tężcowi u kobiet w wieku rozrodczym. W krajach o wysokim wykonawstwie szczepień toksoidem tężcowym (TT) wprowadza się sprawdzenie stanu uodpornienia przy kolejnych ciążach (TT2+) jako "protection at birth", a w niektórych krajach wykorzystuje się do tego celu zgłaszalność niemowląt do szczepienia DTP1. W wybranych krajach odporność ocenia się serologicznie mikrometodą testem paskowym (Burundi, Republika Środkowoafrykańska, Haiti).

Wsparcie finansowe realizowanego programu zapewniają WHO, UNICEF, UNFPA oraz rządy Australii, Kanady, Japonii, Szwecji, W. Brytanii, USA oraz inni sponsorzy.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,10,73-80)
opracował Wojciech Żabicki

Zachorowania i zgony związane z chorobami pochodzenia pokarmowego w Stanach Zjednoczonych

Przez żywność przenosi się ponad 200 chorób. Czynniki etiologicznymi są bakterie, wirusy, pasożyty, toksyny, metale i priony. Zakres objawów waha się od łagodnego zapalenia żołądka i jelit do zagrażających życiu zespołów neurologicznych, wątrobowych i nerkowych. Nadzór nad chorobami pochodzenia pokarmowego jest utrudniony z powodu kilku przyczyn. Pierwszą jest niedorejestrowanie. Choroby te mogą mieć ciężki, a nawet śmiertelny przebieg i często łagodniejsze zachorowania nie są wykrywane przez rutynowy nadzór. Drugą jest fakt, że wiele czynników patogennych przekazywanych przez żywność może się również szerzyć przez wodę lub bezpośrednio od człowieka do człowieka, co zaciemnia rolę żywności. Na koniec, pewna część

chorób pochodzenia pokarmowego jest spowodowana przez czynniki patogenne, których jeszcze nie wykryto. Wagi tego elementu nie można przecenić. Jeszcze przed 20 laty wielu czynników patogennych nie znano jako przyczyny chorób pochodzenia pokarmowego (np. *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* O157:H7, *Listeria monocytogenes*, *Cyclospora cayetanensis*).

W publikacji omówiono nowe oszacowania zachorowań, hospitalizacji i zgonów z powodu chorób pochodzenia pokarmowego w Stanach Zjednoczonych. Uwzględniono wszystkie przyczyny chorób: znane, nieznanne, zakaźne i niezakaźne. Oszacowań dokonano z wykorzystaniem danych pochodzących z wielu źródeł, uwzględniając systemy rejestracji oraz sieć czynnego nadzoru nad chorobami pochodzenia pokarmowego (FoodNet). Korzystano także z zasobów informacji pochodzących z laboratoriów Zdrowia Publicznego, z systemu nadzoru nad zakażeniami przecinkowcami, z systemu nadzoru nad ogniskami chorób szerzących się przez żywność, z krajowego nadzoru nad opieką ambulatoryjną i szpitalną, z krajowego systemu statystycznego oraz z wybranych, opublikowanych badań. Dane pochodziły z lat 1983-1997.

Oszacowano, że każdego roku w Stanach Zjednoczonych choroby pochodzenia pokarmowego powodowały w przybliżeniu 76 milionów zachorowań, z których 325.000 podlegało hospitalizacji, a 5.000 kończyło się zgonem. Znane czynniki patogenne powodowały 14 milionów zachorowań rocznie, przyczyniły się do 60.000 hospitalizacji oraz 1.800 zgonów. Wirusy podobne do czynnika Norwalk spowodowały 67% tych zachorowań i przyczyniły się do 33% hospitalizacji i 7% zgonów. Każdego roku *Salmonella*, *Listeria* i *Toxoplasma* powodowały łącznie 1.510 zgonów. Do 17% wszystkich hospitalizacji przyczynił się *Campylobacter*. Nieznane czynniki patogenne powodowały wystąpienie 62 milionów zachorowań rocznie, z których 265.000 podlegało hospitalizacji, a 3.200 zakończyło się zgonem. Stanowi to w przybliżeniu 81% przypadków chorób pochodzenia pokarmowego, 81% hospitalizacji oraz 64% zgonów. W powyższych obliczeniach nie brano pod uwagę niektórych warunkowo chorobotwórczych czynników (np. *Plesiomonas*, *Aeromonas* lub *Edwardsiella*) oraz znanych czynników niezakaźnych, takich jak grzyby, morskie biotoksyny, metale i inne nieorganiczne substancje toksyczne. Okazuje się, że choroby pochodzenia pokarmowego powodują więcej zachorowań ale mniej zgonów, niż to szacowano we wcześniej opublikowanych pracach.

na podstawie: Mead P.S. i inni "Food-Related Illness and Death in the United States" (*Emerging Infect.Dis.*, 1999, 5, 607-625)

opracowała A. Przybylska

adres internetowy: <http://www.medstat.waw.pl>

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel. (022) 849-77-02, tel. (022) 849-40-51/7/ w. 210, fax (022) 849-74-84, tlx 816712, e-mail epimeld@medstat.waw.pl.; Jadwiga Żabicka (koment.) - tel. (022) 849-40-51/7/ w. 206.
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik.